

LOIS

LOI n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 (1)

NOR: SANX0400133L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Vu la décision n° 2004-508 DC du Conseil constitutionnel en date du 16 décembre 2004 ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I^{er}

ORIENTATION ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE

Article 1^{er}

Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2005.

TITRE II

CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 2

L'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Elle établit, en liaison avec les chambres régionales des comptes, un programme trisannuel des travaux à mener notamment sur l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements financés par l'assurance maladie. Elle en rend compte dans le rapport mentionné à l'article LO 132-3. »

Article 3

I. – Après l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 131-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 131-8.* – Le Gouvernement remet chaque année, avant le 1^{er} octobre, un rapport aux commissions compétentes des assemblées sur les conditions d'application de l'article L. 131-7.

« Ce rapport retrace notamment :

- « – les différentes mesures donnant lieu à compensation, réparties par nature ;
- « – les différentes mesures ne donnant pas lieu à compensation intégrale ;
- « – la ventilation des mesures de compensation par branche et par régime de base obligatoire ;
- « – l'évolution des mesures de compensation sur les trois derniers exercices clos, l'exercice en cours et l'exercice à venir ;
- « – les mesures donnant lieu à application du principe de compensation envisagées pour l'année à venir ;
- « – le montant des créances sur l'Etat détenues par les organismes de sécurité sociale ou par les fonds concourant à leur financement au titre de l'application des dispositions de l'article L. 131-7. »

II. – Dans le même code, l'article L. 131-7-1 devient l'article L. 131-9.

Article 4

I. – L'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 2° du I, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* Les objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale ; »

2° Le III est ainsi modifié :

a) Dans la première phrase, les mots : « minimale de trois ans » sont remplacés par les mots : « minimale de quatre ans » ;

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions et, le cas échéant, les avenants qui les modifient sont transmis à la commission mentionnée à l'article L. 111-9. »

II. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 228-1 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le président du conseil de surveillance peut solliciter de l'inspection générale des affaires sociales, en accord avec le ministre chargé de la sécurité sociale, une mission d'appui dans le cadre des travaux préparatoires à la rédaction de l'avis mentionné à l'alinéa précédent. »

III. – Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} du même code est complété par un article L. 115-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 115-8.* – Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat peut conclure des conventions comportant des engagements réciproques avec les organismes nationaux relevant des dispositions des articles L. 151-1 ou L. 152-1. Ces conventions comportent les dispositions prévues à l'article L. 227-1 correspondant aux missions de ces organismes. »

Article 5

Le II de l'article L. 723-12 du code rural est ainsi modifié :

1^o Dans la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « minimale de trois ans » sont remplacés par les mots : « minimale de quatre ans » ;

2^o Après la deuxième phrase du second alinéa, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« La convention est transmise au Parlement. Un bilan de son application, notamment au regard des orientations fixées par les lois de financement de la sécurité sociale, lui est également transmis dans les trois années suivant sa signature. »

Article 6

Le Gouvernement remettra au Parlement, avant le 31 mars 2005, un rapport sur la situation et les perspectives du fonds créé à l'article L. 731-1 du code rural.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Article 7

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par décision du Conseil constitutionnel n° 2004-508 DC du 16 décembre 2004.]

Article 8

I. – Le 9^o de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 9^o Des organismes suivants, non mentionnés aux 1^o à 8^o : établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres I^{er} à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre I^{er} du livre V du même code, entreprises d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural ; ».

II. – Dans le huitième alinéa de l'article L. 651-3 du même code, les mots : « au 9^o de » sont remplacés par le mot : « à » et les mots : « 20 de la loi n° 84-46 du 24 janvier 1984 relative à l'activité et au contrôle des établissements de crédit » sont remplacés par les mots : « L. 511-30 du code monétaire et financier ».

III. – Au quatrième alinéa de l'article L. 651-5 du même code, les mots : « d'exploitation générale, résultant des » sont remplacés par les mots : « de résultat, conforme aux ».

IV. – Après le quatrième alinéa du même article, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.

« Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asséoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats exonérés de

la taxe sur les conventions d'assurances en application des 15° et 16° de l'article 995 du code général des impôts, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.

« Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution des subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité. »

V. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur pour la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2005.

Article 9

Après l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 256-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 256-5.* – Les organismes de sécurité sociale peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées, engager une action en recouvrement dans les conditions prévues aux sixième à huitième alinéas de l'article L. 133-4. »

Article 10

Après l'article L. 725-3 du code rural, il est inséré un article L. 725-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 725-3-1.* – Les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées, engager une action en recouvrement dans les conditions prévues aux sixième à huitième alinéas de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale. »

Article 11

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par décision du Conseil constitutionnel n° 2004-508 DC du 16 décembre 2004.]

Article 12

I. – Le deuxième alinéa (1°) de l'article 13 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées est complété par les mots : « 48 % des produits de cette section sont affectés au financement, par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, des établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique en 2005 ; ».

II. – Le troisième alinéa (2°) du même article est complété par les mots : « 15 % des produits de cette section sont affectés au financement par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie des établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 7° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles en 2005 ; ».

Article 13

I. – Dans le septième alinéa (1°) de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 21,42 % » est remplacé par le taux : « 32,50 % ».

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux sommes à percevoir à compter du 1^{er} janvier 2005.

Article 14

Pour 2005, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

(En milliards d'euros)

Cotisations effectives	189,8
Cotisations fictives.....	34,1
Cotisations prises en charge par l'Etat	21,2
Autres contributions publiques	11,8
Impôts et taxes affectés	85,4
Transferts reçus.....	0,6

Revenus des capitaux.....	1,0
Autres ressources	6,7
Total des recettes	350,5

Article 15

Pour 2004, les prévisions révisées de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

(En milliards d'euros)

Cotisations effectives	185,5
Cotisations fictives.....	31,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	19,7
Autres contributions publiques	11,4
Impôts et taxes affectés	80,1
Transferts reçus.....	0,2
Revenus des capitaux.....	0,9
Autres ressources	3,7
Total des recettes	333,3

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

Article 16

Après l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-15 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-15.* – Les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 du code de la santé publique ainsi que les médecins salariés d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du même code sont identifiés par un numéro personnel distinct du numéro identifiant la structure où ils exercent leur activité.

« Le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 161-33 du présent code précise les cas dans lesquels ce numéro figure obligatoirement sur les documents transmis aux caisses d'assurance maladie en vue du remboursement ou de la prise en charge des soins dispensés par ces praticiens. »

Article 17

I. – L'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, ni aux consultations et actes » sont supprimés ;

2° Au début de cet article, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les consultations et actes externes, ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences d'un établissement de santé mentionné aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. Les tarifs des consultations et des actes ainsi fixés servent de base au calcul de la participation de l'assuré, à la facturation de ces prestations aux patients non couverts par un régime de l'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.

« Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, la part prise en charge par l'assurance maladie des consultations et actes mentionnés à l'alinéa précédent est incluse dans la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1. » ;

3° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux consultations et actes réalisés par les praticiens hospitaliers dans le cadre de l'activité libérale définie à l'article L. 6154-2 du code de la santé publique. »

II. – Le 1° de l'article L. 174-1-1 du même code, dans sa rédaction résultant du III de l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), est remplacé par un 1° et un 1° *bis* ainsi rédigés :

« 1° Les activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 ;

« 1° *bis* Les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 ; ».

III. – L'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) entre en vigueur le 5 octobre 2004.

IV. – L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la date : « octobre 2004 » est remplacée par la date : « mars 2005 » ;

2° Après la première phrase du troisième alinéa du I, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1^{er} janvier. »

3° Le A du V est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « Les prestations d'hospitalisation », sont insérés les mots : « ainsi que les consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale », le mot : « dispensées » est remplacé par le mot : « dispensés » et le mot : « prises » est remplacé par le mot : « pris » ;

b) Au 1°, après les mots : « du code de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « ou du tarif des consultations et actes fixé en application des dispositions de l'article L. 162-14-1 du même code, » ;

c) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions des quatre alinéas précédents, les prestations de prélèvement d'organes ou de tissus sont, dès 2005, facturées dans leur intégralité sur la base des tarifs fixés en application des dispositions du 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code. » ;

4° Dans le troisième alinéa du IV, l'année : « 2004 » est remplacée par l'année : « 2005 », et la dernière phrase est supprimée ;

5° Il est complété par un VI et un VII ainsi rédigés :

« VI. – Pour les années 2005 à 2007, la part des frais d'hospitalisation, des actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé de Guyane mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 162-22-6 du même code est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 dudit code.

« VII. – Pour les années 2005 à 2012, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au *d* du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. L'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50 % en 2008. »

V. – Les II et III de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée sont abrogés.

VI. – Le 2° du I de l'article 36 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est ainsi rédigé :

« 2° Le dernier alinéa, dans la rédaction de l'article antérieure à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), est supprimé. »

VII. – 1. Dans le premier alinéa de l'article L. 4311-13 du code de la santé publique, après les mots : « activité professionnelle », sont insérés les mots : « à titre bénévole ou salarié » et l'année : « 2003 » est remplacée par l'année : « 2005 ».

2. Le Gouvernement présentera au Parlement, avant le 30 septembre 2005, un rapport évaluant l'impact des dispositions du 1 au regard des besoins de recrutement de personnel qualifié et de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Article 18

Le troisième alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés au premier alinéa, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions et de celle du montant des dotations régionales, ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements. »

Article 19

L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Le cas échéant, des dispositifs d'aide visant à faciliter l'installation des centres de santé dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47. Les obligations auxquelles sont soumis les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les unions régionales des caisses d'assurance maladie après consultation des organisations représentatives des centres de santé mentionnées au premier alinéa du présent article pour tenir compte de la situation régionale. »

Article 20

Dans le deuxième alinéa (1°) de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, après les mots : « professionnels de santé libéraux », sont insérés les mots : « et des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ».

Article 21

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par décision du Conseil constitutionnel n° 2004-508 DC du 16 décembre 2004.]

Article 22

I. – Le premier alinéa de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les entreprises, établissements, organismes et professionnels concernés sont tenus de lui transmettre les informations qu'elle demande à cet effet après les avoir rendues anonymes. »

II. – Au 4° de l'article L. 161-45 du même code, la référence : « L. 245-6 » est remplacée par la référence : « L. 245-5-1 A ».

Article 23

Les caisses mentionnées à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale peuvent consentir pendant une durée de deux mois à compter de la date de la mise en œuvre de la nouvelle classification des prestations prise en application de l'article L. 162-22-6 du même code, même antérieure à la date de publication de la présente loi, des avances de trésorerie aux établissements de santé privés mentionnés au *d* du même article L. 162-22-6 et aux professionnels de santé exerçant à titre libéral dans ces établissements, en raison de la non-transmission par voie électronique ou de l'impossibilité de traitement des bordereaux de facturation liée à la mise en œuvre de cette nouvelle classification.

Le montant de ces avances de trésorerie est déduit des sommes dues au titre des factures afférentes aux soins dispensés postérieurement à la mise en œuvre de cette nouvelle classification.

La charge financière résultant, pour les régimes dont relèvent les caisses susmentionnées, du versement des avances de trésorerie mentionnées au présent article pour le compte des autres régimes est compensée par ces derniers selon les règles prévues par le décret mentionné à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

Article 24

L'article L. 753-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « aux premier et deuxième alinéas de » sont remplacés par le mot : « à » et ce même alinéa est complété par les mots : « et à l'article L. 162-22-7 » ;

2° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les produits et prestations remboursables par les organismes de sécurité sociale sont ceux mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7. » ;

3° Le dernier alinéa est remplacé par six alinéas ainsi rédigés :

« Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'outre-mer peut déterminer des majorations applicables :

« 1° Aux prix ou aux marges, fixés en application de l'article L. 162-16-4 ou de l'article L. 162-38, ou aux tarifs forfaitaires de responsabilité, prévus à l'article L. 162-16, des médicaments remboursables mentionnés aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 162-17 ;

« 2° Aux prix de cession fixés en application de l'article L. 162-16-5 pour les médicaments mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ;

« 3° Aux tarifs de responsabilité fixés en application de l'article L. 162-16-6 pour les médicaments figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ;

« 4° Aux tarifs de responsabilité et, le cas échéant, aux prix des produits et prestations mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7.

« Ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans chaque département d'outre-mer, grèvent le coût de ces médicaments par rapport à leur coût en métropole. »

Article 25

I. – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :

1° Après le III, il est inséré un III *bis* ainsi rédigé :

« III *bis*. – Le fonds est également chargé de verser aux établissements de santé les sommes dues au titre des dépenses évitées par la mise en œuvre des accords nationaux ou locaux mentionnés à l'article L. 6113-12 du code de la santé publique. » ;

2° Au IV, les mots : « visés à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 ».

II. – Les dispositions du I sont applicables à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé, pour l'année 2005, à 405 millions d'euros.

Article 26

Le Gouvernement transmettra au Parlement, au plus tard le 1^{er} octobre 2005, un rapport sur la mise en œuvre du plan d'investissement national « Hôpital 2007 », indiquant notamment les effets sur la gestion des établissements de santé concernés des mesures d'investissement engagées.

Article 27

I. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les mandats globaux relatifs au reversement au praticien radiologue hospitalier par l'établissement public qui l'emploie de la quote-part de 20 % du forfait technique afférent aux actes de scanographie que ce praticien réalise dans le cadre de son activité libérale en tant que leur régularité est mise en cause.

II. – L'article L. 6154-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les actes de scanographie donnent lieu au reversement, au bénéfice du praticien radiologue hospitalier par l'établissement public qui l'emploie, d'une quote-part du forfait technique lorsque ces actes sont réalisés dans le cadre de l'exercice libéral de ce praticien. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de cette disposition. »

Article 28

I. – Au dernier alinéa du I des articles L. 162-22-2, dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), et L. 162-22-9 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements » sont remplacés par les mots : « à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux ».

II. – Le deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cet objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. »

III. – La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigée :

« Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. »

Article 29

Le cinquième alinéa (4^o) de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce programme intègre la diffusion des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute Autorité de santé et l'évaluation de leur respect. »

Article 30

Au 16^o de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « les frais d'examens de dépistage », sont insérés les mots : « et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs ».

Article 31

I. – Après la section 4 du chapitre II du titre I^{er} du livre VII du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 4 *bis* ainsi rédigée :

« Section 4 bis

« *Dispositions applicables aux maîtres
et documentalistes de l'enseignement privé*

« Art. L. 712-10-1. – Les dispositions des articles L. 712-1 et L. 712-3 du premier alinéa de l'article L. 712-9 et de l'article L. 712-10 sont applicables aux maîtres et documentalistes liés à l'Etat par agrément ou par contrat qui sont en activité dans les établissements d'enseignement privés liés à l'Etat par contrat. »

II. – Après la sous-section 1 de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural, il est inséré une sous-section 1 *bis* ainsi rédigée :

« Sous-section 1 bis

« *Dispositions applicables aux personnels enseignants
et de documentation liés à l'Etat par contrat*

« Art. L. 722-24-1. – Les dispositions des articles L. 712-1 et L. 712-3, du premier alinéa de l'article L. 712-9 et de l'article L. 712-10 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnels enseignants et de documentation liés à l'Etat par contrat qui sont en activité dans des associations ou organismes responsables des établissements d'enseignement agricole privés liés à l'Etat par contrat. »

III. – Les dispositions des I et II s'appliquent à compter du 1^{er} septembre 2005.

Article 32

Par dérogation aux dispositions prévues par les articles L. 122-26 du code du travail et L. 331-3 du code de la sécurité sociale, les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition *in utero* au diéthylstilbestrol (DES) bénéficient d'un congé de maternité à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article 33

I. – Pour 2005, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n^o 98-1194 du 23 décembre 1998) est fixé à 106 millions d'euros.

Ce fonds est doté de 60 millions d'euros au titre de l'exercice 2005.

II. – Dans le I de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée, les mots : « huit ans » sont remplacés par les mots : « neuf ans ».

III. – Dans la seconde phrase du III du même article, les mots : « les différents régimes est effectuée dans les conditions définies à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture ».

Article 34

L'article L. 162-15-2 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les conventions, l'accord-cadre et les accords conventionnels interprofessionnels, arrivés à échéance ou résiliés, continuent de produire leurs effets jusqu'à la publication au *Journal officiel* des nouvelles conventions ou des nouveaux accord-cadre et accords conventionnels interprofessionnels ou du règlement arbitral qui les remplacent.

« Lorsqu'une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 est conclue et approuvée dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, la convention précédente est réputée caduque. »

Article 35

I. – Après le I de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Les organismes servant les prestations d'un régime de base d'assurance maladie inscrivent sur une liste d'opposition les numéros des cartes en circulation et en cours de validité perdues, volées ou dénoncées. Les conditions de mise en œuvre de cette liste sont fixées par les conventions nationales, accords nationaux et contrats ou autres dispositions applicables mentionnés à l'article L. 161-34. »

II. – Après l'article L. 162-16-3 du même code, il est inséré un article L. 162-16-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-3-1. – Selon des modalités déterminées en application des articles L. 162-16-1 et L. 161-34, les organismes d'assurance maladie peuvent s'engager, en cas de dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie à l'assuré, à effectuer le calcul des sommes dues aux pharmaciens titulaires d'officines sur la base des informations transmises par la carte de cet assuré. Toutefois, ce paiement ne peut être effectué lorsque la carte fait l'objet d'une inscription sur la liste d'opposition mentionnée à l'article L. 161-31. »

Article 36

Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique est fixé à 30 millions d'euros pour l'année 2005.

Article 37

I. – Au premier alinéa de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), les mots : « exposées à un agent microbien, toxique, chimique ou radiologique utilisé dans le cadre d'un acte terroriste » sont remplacés par les mots : « exposées à une menace sanitaire grave, quelle que soit son origine ou sa nature ».

II. – La contribution de l'assurance maladie au fonds de concours mentionné à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est fixée en 2004 à 62 millions d'euros.

Cette contribution est répartie entre les différents régimes selon les règles mises en œuvre au titre de l'année 2003 pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Article 38

I. – L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 133-4. – En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation :

« 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 ;

« 2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 321-1,

« l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles.

« Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.

« L'action en recouvrement, qui se prescrit par deux ans à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.

« En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Elle comporte une majoration de 10 % du montant des sommes réclamées non réglées à la date de son envoi ; ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise.

« Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

« Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des trois alinéas qui précèdent. »

II. – L'article L. 133-4-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'organisme mentionné au premier alinéa informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en œuvre de la procédure visée au présent article. »

Article 39

Dans l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « d'accident du travail et de maladie professionnelle », sont insérés les mots : « et celles relatives à leur prise en charge thérapeutique ».

Article 40

I. – Au début de l'article L. 711-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
« La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 et au dernier alinéa de l'article L. 432-1 s'applique aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1. »

II. – Les dispositions des contrats individuels ou collectifs, des bulletins d'adhésion et règlements, des conventions ou accords collectifs, des projets d'accord proposés par le chef d'entreprise et ratifiés à la majorité des intéressés ou des décisions unilatérales de l'employeur, mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, relatifs à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais de soins de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, sont réputées ne pas couvrir la participation instituée en application des dispositions du II de l'article L. 322-2 du même code dès lors que le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement ne prévoit pas expressément la prise en charge de cette participation.

Article 41

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 131 milliards d'euros pour l'année 2004.

Article 42

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 134,9 milliards d'euros pour l'année 2005.

Article 43

Pour 2005, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 148,3 milliards d'euros.

Article 44

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par décision du Conseil constitutionnel n° 2004-508 DC du 16 décembre 2004.]

TITRE V

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES
DE SÉCURITÉ SOCIALE**

Section 1

Branche accidents du travail et maladies professionnelles**Article 45**

Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionnée au VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 200 millions d'euros au titre de l'année 2005.

Article 46

Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, mentionné au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), est fixé à 600 millions d'euros au titre de l'année 2005.

Article 47

I. – Il est institué, au profit du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante créé par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), une contribution, due pour chaque salarié ou ancien salarié à raison de son admission au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité. Cette contribution est à la charge de l'entreprise qui a supporté ou qui supporte, au titre de ses cotisations pour accidents du travail et maladies professionnelles, la charge des dépenses occasionnées par la maladie professionnelle provoquée par l'amiante dont est atteint le salarié ou ancien salarié. Lorsque le salarié n'est atteint par aucune maladie professionnelle provoquée par l'amiante, cette contribution est à la charge :

1° D'une ou plusieurs entreprises dont les établissements sont mentionnés au premier alinéa du I du même article 41 ;

2° D'une ou plusieurs entreprises de manutention ou d'un ou plusieurs organismes gestionnaires de port pour, respectivement, les dockers professionnels et les personnels portuaires assurant la manutention dans les ports mentionnés au sixième alinéa du I du même article 41.

Pour la détermination de l'entreprise ou organisme redevable de la contribution au titre du 1°, les règles suivantes s'appliquent :

a) Lorsque l'établissement est exploité successivement par plusieurs entreprises, la contribution est due par l'entreprise qui exploite l'établissement à la date d'admission du salarié à l'allocation ;

b) Lorsqu'un salarié a travaillé au sein de plusieurs entreprises exploitant des établissements distincts, le montant de la contribution est réparti en fonction de la durée du travail effectué par le salarié au sein de ces établissements pendant la période où y étaient fabriqués ou traités l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante.

Pour l'application du 2°, lorsqu'un salarié a été employé par plusieurs entreprises ou organismes, le montant de la contribution est réparti au prorata de la période travaillée dans ces entreprises ou organismes. Lorsqu'un docker professionnel admis à l'allocation relève ou a relevé de la catégorie des dockers professionnels intermittents au sens du III de l'article L. 511-2 du code des ports maritimes, la contribution correspondant à la période d'intermittence est répartie entre tous les employeurs de main-d'œuvre dans le port, au sens de l'article L. 521-6 du même code, au prorata des rémunérations totales brutes payées aux dockers professionnels intermittents pendant cette période d'intermittence.

La contribution n'est pas due pour le premier bénéficiaire admis au cours d'une année civile.

II. – Le montant de la contribution varie en fonction de l'âge du bénéficiaire au moment de son admission au bénéfice de l'allocation. Il est égal, par bénéficiaire de l'allocation, à 15 % du montant annuel brut de l'allocation majoré de 40 % au titre des cotisations d'assurance vieillesse et de retraite complémentaire à la charge du fonds, multiplié par le nombre d'années comprises entre l'âge mentionné ci-dessus et l'âge de soixante ans.

Le montant de la contribution, qui ne peut dépasser deux millions d'euros par année civile pour chaque redevable, est plafonné, pour les entreprises redevables de la contribution au titre du I, à 2,5 % de la masse totale des salaires payés au personnel pour la dernière année connue.

Les entreprises placées en redressement ou en liquidation judiciaire sont exonérées de la contribution.

III. – La contribution est appelée, recouvrée et contrôlée, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général, par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Elle est exigible le premier jour du troisième mois de chaque trimestre civil pour les personnes entrant dans le dispositif au cours du trimestre précédent.

Pour les salariés ou anciens salariés relevant ou ayant relevé du régime de protection sociale des personnes salariées des professions agricoles, la contribution due est appelée, recouvrée et contrôlée par les caisses de mutualité sociale agricole selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime de protection sociale des personnes salariées des professions agricoles. La date limite de paiement de la contribution est fixée au quinzième jour du deuxième mois de chaque trimestre civil pour les personnes entrant dans le dispositif au cours du trimestre précédent.

IV. – Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

V. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux admissions au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité prononcées à compter du 5 octobre 2004.

Article 48

Après le V de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée, il est inséré un V *bis* ainsi rédigé :

« V *bis*. – L'inscription des établissements ou des ports visés au I sur la liste donnant droit aux salariés à bénéficier d'une cessation anticipée d'activité et de l'allocation correspondante ou la modification d'une telle inscription ne peut intervenir qu'après information de l'employeur concerné. La décision d'inscription d'un établissement ou de modification doit être notifiée à l'employeur. Elle fait l'objet d'un affichage sur le lieu de travail concerné. »

Article 49

Dans le quatrième alinéa de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « l'équilibre financier de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « l'équilibre financier de la branche ».

Article 50

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2005, à 330 millions d'euros.

Article 51

Pour 2005, l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 10,5 milliards d'euros.

Section 2

Branche famille

Article 52

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par décision du Conseil constitutionnel n° 2004-508 DC du 16 décembre 2004.]

Article 53

I. – Le 1° de l'article L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« 1° Un fonds spécial alimenté chaque année par un versement effectué par la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole au prorata du montant des prestations familiales versées l'année précédente par chacune d'elles.

« Les contributions de ces deux organismes ainsi que le montant du fonds spécial sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la famille. Le montant du fonds spécial est fixé dans les conditions suivantes :

« a) Une première part, destinée à couvrir les missions générales mentionnées à l'article L. 211-3 du présent code, évolue chaque année dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale ;

« b) Une deuxième part est destinée à financer des actions définies par voie conventionnelle entre l'Union nationale des associations familiales et le ministre chargé de la famille. Elle est revalorisée chaque année dans la limite du taux d'évolution constaté au titre de l'année civile précédente du montant des prestations familiales. En cas de création ou de suppression d'une de ces prestations, le taux d'évolution retenu au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette création ou cette suppression est celui correspondant à la moyenne des taux d'évolution retenus pour les trois années civiles précédentes.

« Les prestations familiales prises en compte pour l'application du présent article sont :

« – les prestations que mentionne l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale, y compris celles qui sont versées dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 du même code, à l'exception de l'allocation de parent isolé ;

« – l'allocation pour jeune enfant, l'allocation d'adoption et l'allocation parentale d'éducation versées en vertu de la réglementation applicable antérieurement au 1^{er} janvier 2004.

« Sont assimilées aux prestations familiales, pour l'application du présent article, l'allocation de garde d'enfant à domicile et l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée versées en vertu de la réglementation applicable antérieurement au 1^{er} janvier 2004.

« Les modalités de versement du fonds spécial et sa répartition entre les unions d'associations familiales, les conditions dans lesquelles les fédérations, confédérations ou associations familiales adhérant aux unions peuvent en bénéficier ainsi que les modalités d'évaluation de son utilisation sont fixées par voie réglementaire ; ».

II. – Le montant du fonds spécial mentionné au 1° de l'article L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles est fixé pour 2005 à 24,31 millions d'euros, répartis comme suit :

1° 19 448 000 € au titre de la première part ;

2° 4 862 000 € au titre de la seconde part.

Article 54

La part prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des dépenses mentionnées au 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est égale à une fraction fixée à 60 % pour l'année 2005.

Article 55

Pour 2005, l'objectif de dépenses de la branche famille de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 46,2 milliards d'euros.

Section 3

Branche vieillesse

Article 56

I. – Le 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Une partie de la contribution due à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dans les conditions définies par l'arrêté prévu au troisième alinéa du présent 3° est versée au Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale. » ;

2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« – pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et pour le Fonds de réserve pour les retraites, par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale ; les versements directs effectués entre 2005 et 2024 à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés sont garantis par l'Etat dans des conditions définies en loi de finances ; »

3° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale visé au troisième alinéa du présent 3° présente également les paramètres de calcul de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire due par la Caisse nationale des industries électriques et gazières à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Il est soumis pour avis au conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ; ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 135-6, après le mot : « mission », est inséré le mot : « principale » ;

2° Le même article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le Fonds de réserve pour les retraites assure également la gestion financière d'une partie de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire due à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en application du 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.

« Les conditions et les résultats de la gestion de cette partie de la contribution sont retracés chaque année dans l'annexe des comptes du fonds. Cette partie de la contribution et ses produits financiers, nets des frais engagés par le fonds, sont rétrocédés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à compter de 2020, dans des conditions fixées par convention entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et le Fonds de réserve pour les retraites. » ;

3° Après le deuxième alinéa de l'article L. 135-10, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, dans des cas exceptionnels, à titre temporaire et pour préserver la sécurité des actifs détenus par le fonds, leur gestion financière peut être assurée par ce dernier sans recourir aux entreprises d'investissement visées audit alinéa. Les conditions d'application de cette dérogation sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale. » ;

4° Le deuxième alinéa de l'article L. 135-12 est ainsi rédigé :

« Ils certifient les comptes annuels et émettent un rapport d'examen limité sur les comptes intermédiaires semestriels du fonds avant qu'ils soient soumis par le directoire au conseil de surveillance et qu'ils soient publiés. »

III. – Le V de l'article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 précitée est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « 1 % et 10 % » sont remplacés par les mots : « 10 % et 20 % » et les mots : « 10 % et 20 % » sont remplacés par les mots : « 20 % et 35 % » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « 10 % et 20 % » sont remplacés par les mots : « 15 % et 25 % ».

IV. – L'article 18 de la même loi est ainsi modifié :

1° Le IV est complété par les mots : « ou, sur option de ce dernier, au moment du débit ; dans ce cas, elle est due en tout état de cause lors de l'encaissement des acomptes ou du prix s'il précède le débit » ;

2° La première phrase du premier alinéa du VI est remplacée par quatre phrases ainsi rédigées :

« La contribution tarifaire est déclarée et liquidée mensuellement ou trimestriellement, suivant son montant. Elle est acquittée lors du dépôt de la déclaration. La contribution est recouvrée et contrôlée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières dans les mêmes conditions que les cotisations visées au premier alinéa du III de l'article 16. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées dans les conditions prévues au VII. »

Article 57

I. – L'âge de soixante ans mentionné au 1^o du I de l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite est abaissé pour les fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales qui justifient, dans ce régime et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, d'une durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égales à cent soixante-huit trimestres :

1^o A compter du 1^{er} janvier 2008, à cinquante-six ans pour les fonctionnaires qui justifient d'une durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cent soixante-huit trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2^o A compter du 1^{er} juillet 2006, à cinquante-huit ans pour les fonctionnaires qui justifient d'une durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cent soixante-quatre trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

3^o A compter du 1^{er} janvier 2005, à cinquante-neuf ans pour les fonctionnaires qui justifient d'une durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cent soixante trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-sept ans.

Pour l'application de la condition d'âge de début d'activité définie au 1^o, au 2^o et au 3^o, sont considérés comme ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ou dix-sept ans les fonctionnaires justifiant :

- soit d'une durée d'assurance d'au moins cinq trimestres à la fin de l'année au cours de laquelle est survenu, respectivement, leur seizième ou leur dix-septième anniversaire ;
- soit, s'ils sont nés au cours du quatrième trimestre et ne justifient pas de la durée d'assurance prévue à l'alinéa précédent, d'une durée d'assurance d'au moins quatre trimestres au titre de l'année au cours de laquelle est survenu, respectivement, leur seizième ou leur dix-septième anniversaire.

Pour l'application de la condition de durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à la charge des fonctionnaires définie aux 1^o, 2^o et 3^o, sont réputées avoir donné lieu à cotisations :

- les périodes de service national, à raison d'un trimestre par période d'au moins quatre-vingt-dix jours, consécutifs ou non. Lorsque la période couvre deux années civiles, elle peut être affectée à l'une ou l'autre de ces années, la solution la plus favorable étant retenue ;
- les périodes pendant lesquelles les fonctionnaires ont été placés en congé de maladie statutaire ainsi que les périodes comptées comme périodes d'assurance dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au titre de la maladie, de la maternité et de l'incapacité temporaire.

Ces périodes sont retenues respectivement dans la limite de quatre trimestres et sans que le nombre de trimestres ayant donné lieu à cotisations ou réputés tels puisse excéder quatre pour une même année civile.

Pour l'application de cette même condition de durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à la charge des fonctionnaires, il est retenu un nombre de trimestres au plus égal à quatre au titre de chaque année civile au cours de laquelle l'assuré a été affilié successivement ou simultanément à plusieurs des régimes considérés.

Pour l'application de la condition de durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes définie au premier alinéa du présent article, sont prises en compte la bonification pour enfant mentionnée aux *b* et *b* bis de l'article L. 12 du code des pensions civiles et militaires de retraite, les majorations de durée d'assurance mentionnées aux articles L. 12 *bis* et L. 12 *ter* et les périodes d'interruption ou de réduction d'activité mentionnées au 1^o de l'article L. 9 du même code.

II. – L'année au cours de laquelle sont réunies les conditions définies au I du présent article est l'année retenue pour l'application des dispositions du II et du III de l'article 66 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, à condition que le fonctionnaire demande à bénéficier des dispositions du présent article avant son soixantième anniversaire.

III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2005.

Article 58

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par décision du Conseil constitutionnel n° 2004-508 DC du 16 décembre 2004.]

Article 59

Pour 2005, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse et veuvage de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 156,7 milliards d'euros.

TITRE VI

OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2004

Article 60

Pour 2004, les objectifs révisés de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :

(En milliards d'euros)

Maladie, maternité, invalidité et décès.....	145,1
Vieillesse et veuvage.....	146,8
Accidents du travail.....	10,1
Famille.....	45,0

TITRE VII

MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS
RELATIVES À LA TRÉSORERIE

Article 61

I. – L'intitulé du chapitre VIII *bis* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « Dispositions communes aux contributions recouvrées par les organismes de recouvrement du régime général ».

II. – L'article L. 138-20 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-20.* – Les contributions instituées aux articles L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

« La contribution instituée à l'article L. 137-6 est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues au 3^o de l'article L. 225-1-1. L'agence peut recueillir l'assistance des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et des caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer, notamment par la mise à disposition d'agents de ces organismes, chargés du contrôle.

« Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions. »

III. – L'article L. 138-21 du même code est abrogé.

IV. – Aux articles L. 138-7, L. 138-17, L. 245-3 et L. 245-5-5 du même code, les mots : « au 3^o de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 138-20 à L. 138-23 ». A l'article L. 138-19 du même code, les mots : « l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet ».

V. – Les dispositions du présent article s'appliquent pour le recouvrement des contributions exigibles à compter du 1^{er} janvier 2005, à l'exception du solde de la contribution prévue au VII de l'article 12 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n^o 2003-1199 du 18 décembre 2003) ainsi que de la régularisation de la contribution prévue à l'article L. 138-4 du code de la sécurité sociale intervenant le 31 mars 2005, dont le recouvrement et le contrôle relèvent de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 138-20 du code de la sécurité sociale.

Les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 138-20 du même code reprennent les droits et obligations, actions et poursuites, dettes et créances de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, nés des opérations de recouvrement et de contrôle intervenues jusqu'au 31 décembre 2004, à l'exception de ceux relatifs au solde et à la régularisation mentionnés à l'alinéa précédent.

Article 62

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Au début de l'article L. 212-3, il est inséré un I ainsi rédigé :

« I. – La Caisse maritime d'allocations familiales assure en faveur des personnes affiliées au régime spécial de sécurité sociale des gens de mer le service des prestations familiales.

« Elle assure également pour ces personnes :

« 1° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par les employeurs et les travailleurs indépendants selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables à ce recouvrement par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale ;

« 2° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée selon les dispositions des articles L. 136-1 et suivants ;

« 3° Le recouvrement de la contribution pour le remboursement de la dette sociale instituée par l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ;

« 4° Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2° et 3°. » ;

2° Le 6° de l'article L. 752-4 est complété par les mots : « à l'exception des compétences mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 212-3 du présent code qui sont exercées dans les départements d'outre-mer par la Caisse maritime d'allocations familiales ».

II. – Sous réserve des décisions juridictionnelles passées en force de chose jugée, sont validées à compter du 1^{er} janvier 1999 les actions de recouvrement des cotisations d'allocations familiales, de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale dues par les personnes affiliées au régime spécial de sécurité sociale des gens de mer, dès lors qu'elles ont été effectuées en métropole ou dans les départements d'outre-mer, en leur nom ou pour le compte des caisses générales de sécurité sociale, par la Caisse maritime d'allocations familiales à compter du 1^{er} janvier 2002 et, antérieurement, par la Caisse nationale des marins pêcheurs et par la Caisse nationale d'allocations familiales des marins du commerce.

Article 63

I. – A l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction applicable à compter du 1^{er} janvier 2005, les mots : « prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 des établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* du même article et les » sont supprimés.

II. – Après l'article L. 174-2 du même code, il est inséré un article L. 174-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-2-1.* – La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis consultatif des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement. »

III. – L'article L. 174-18 du même code est ainsi modifié :

1° La première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Les frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6, pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sont remboursés, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement. »

IV. – Le D du V de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les dotations annuelles complémentaires mentionnées au 2° du A du V du présent article sont versées par douzième par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

« Pour les années 2005 et 2006, la répartition des sommes versées, au titre de l'alinéa précédent aux établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie est effectuée dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 dudit code. De même, par dérogation à l'article L. 162-22-15 du même code, les sommes versées au titre des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 de ce code et des dotations annuelles de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 sont également réparties selon les modalités prévues à l'article L. 174-2 du même code.

« Pour les années 2007 à 2012, la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie des sommes versées au titre de la dotation annuelle complémentaire aux établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article

L. 162-22-6 du même code est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements.

« Les modalités d'application des trois alinéas précédents sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 64

Le chapitre IV *bis* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 114-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-6. – Les comptes des régimes et organismes de sécurité sociale doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de leur patrimoine et de leur situation financière.

« Les comptes annuels et infra-annuels des organismes de base de sécurité sociale, présentés par l'agent comptable, établis sous sa responsabilité et visés par le directeur, sont transmis à l'organisme national chargé de leur centralisation. Ce dernier valide ces comptes et établit le compte combiné de la branche ou de l'activité de recouvrement, ou du régime.

« Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base transmettent leurs comptes annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes.

« Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base comportant un réseau de caisses locales ou régionales transmettent les comptes combinés annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes.

« Les comptes des régimes de protection sociale agricole sont également transmis au ministre de l'agriculture.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret. »

Article 65

Le chapitre IV *bis* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 114-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-7. – Les organismes nationaux visés au deuxième alinéa de l'article L. 114-6 sont chargés d'alerter le Gouvernement et le Parlement en cas d'évolution des dépenses de la branche ou du régime manifestement incompatible avec le respect des objectifs votés par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale.

« Le Gouvernement informe les commissions compétentes des deux assemblées des mesures prises ou envisagées pour y remédier. »

Article 66

Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :

(En millions d'euros)

Régime général.....	13 000
Régime des exploitants agricoles.....	6 200
Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales	500
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines.....	200
Caisse nationale des industries électriques et gazières	500

Les autres régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, lorsqu'ils disposent d'une trésorerie autonome, ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 20 décembre 2004.

JACQUES CHIRAC

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
JEAN-PIERRE RAFFARIN

*Le ministre de l'intérieur,
de la sécurité intérieure
et des libertés locales,*
DOMINIQUE DE VILLEPIN

*Le ministre de l'emploi, du travail
et de la cohésion sociale,*
JEAN-LOUIS BORLOO

*Le ministre des solidarités,
de la santé et de la famille,*
PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
DOMINIQUE PERBEN

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*
HERVÉ GAYMARD

*Le ministre de l'équipement, des transports,
de l'aménagement du territoire,
du tourisme et de la mer,*
GILLES DE ROBIEN

*Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation,
de la pêche et de la ruralité,*
DOMINIQUE BUSSEREAU

La ministre de l'outre-mer,
BRIGITTE GIRARDIN

La ministre déléguée à l'intérieur,
MARIE-JOSÉE ROIG

*Le ministre délégué au budget
et à la réforme budgétaire,
porte-parole du Gouvernement,*
JEAN-FRANÇOIS COPÉ

Le ministre délégué aux relations du travail,
GÉRARD LARCHER

Le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie,
XAVIER BERTRAND

*Le secrétaire d'Etat aux transports
et à la mer,*
FRANÇOIS GOULARD

*Le secrétaire d'Etat à l'agriculture,
à l'alimentation, à la pêche
et aux affaires rurales,*
NICOLAS FORISSIER

(1) Loi n° 2004-1370.

– Travaux préparatoires :

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 1830 ;

Rapport de MM. Bernard Perrut, Jean-Pierre Door, Mme Marie-Françoise Clergeau et M. Georges Colombier, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 1876 ;

Avis de M. Yves Bur, au nom de la commission des finances, n° 1877 ;

Discussion les 26 à 28 octobre 2004 et adoption le 2 novembre 2004.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 53 (2004-2005) ;

Rapport de MM. Alain Vasselle, André Lardeux, Dominique Leclerc et Gérard Dériot, n° 57 (2004-2005) ;

Avis de M. Jean-Jacques Jegou, au nom de la commission des finances, n° 58 (2004-2005) ;

Discussion les 16 à 18 novembre 2004 et adoption le 18 novembre 2004.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 1932 ;

Rapport de M. Bernard Perrut, au nom de la commission mixte paritaire, n° 1954 ;
Discussion et adoption le 2 décembre 2004.

Sénat :

Rapport de M. Alain Vasselle, au nom de la commission mixte paritaire, n° 71 (2004-2005) ;
Discussion et adoption le 2 décembre 2004.

– *Conseil constitutionnel :*

Décision n° 2004-508 DC du 16 décembre 2004 publiée au *Journal officiel* de ce jour.

A N N E X E

RAPPORT SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE ET LES OBJECTIFS QUI DÉTERMINENT LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Notre modèle de sécurité sociale a des atouts considérables : il rend possible un accès de tous à des soins de qualité, indépendamment de conditions d'âge ou de revenus. Il garantit à nos aînés, par un système de répartition solidaire, des prestations de retraite d'un niveau élevé. Il est le fondement d'une politique familiale ambitieuse qui soutient notre démographie, aide les familles en difficulté et permet de concilier vie familiale et vie professionnelle. Ce modèle, enfin, permet de construire une solidarité réelle vis-à-vis des personnes âgées comme des personnes handicapées qui ont besoin d'aide et de soutien.

Sa préservation et sa consolidation sont les priorités du Gouvernement. Ce dernier s'est engagé depuis deux ans dans un ensemble de réformes pour adapter notre système de santé et de sécurité sociale aux mutations économiques et sociales, notamment le vieillissement de la population.

Les différents régimes de sécurité sociale sont en effet confrontés à des défis communs qui conduisent à des difficultés financières structurelles et à une remise en cause des organisations et des modes de gestion traditionnels.

Pour faire face à ces défis, le Gouvernement privilégie une méthode : des réponses structurelles issues d'un dialogue avec l'ensemble des partenaires.

La réforme des retraites, par la loi du 21 août 2003, a constitué la première réponse à ces défis en garantissant la pérennité de notre système par répartition et en renforçant son équité.

Le plan « Vieillesse et solidarité » avec l'affectation de moyens financiers nouveaux très importants destinés aux politiques de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées a répondu dans un deuxième temps à un besoin fort de notre société.

Enfin, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie réforme en profondeur notre système de soins et d'assurance maladie pour faire face à la crise financière que traverse l'assurance maladie et pour améliorer l'organisation des soins dans notre pays.

Au travers de ces trois réformes majeures, élaborées en étroite concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, le Gouvernement a pris ses responsabilités pour garantir la pérennité de notre modèle de sécurité sociale.

1. La politique de santé et d'assurance maladie

1.1. *Le renforcement de la politique de santé publique et de sécurité sanitaire*

Le vote de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique pose les fondements d'une rénovation de la politique de santé publique.

Si la France dispose d'un système de soins curatifs parmi les meilleurs au monde, elle présente, en termes d'indicateurs de santé, deux points faibles : une importante mortalité prématurée et des inégalités de santé plus fortes que dans d'autres pays entre les catégories de population, les sexes, ou encore les différentes régions.

La loi du 9 août 2004 permet de se doter d'une organisation sanitaire rééquilibrée au bénéfice de la politique de prévention. C'est à l'État que revient la responsabilité de piloter les programmes d'action qui permettront de répondre aux grands enjeux de santé publique. Il le fera au regard des objectifs de santé publique qui figurent dans le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique.

Cette construction d'une véritable politique de santé publique et de prévention, pour l'éducation à la santé et la promotion de la santé, passe aussi par une déclinaison locale, afin d'être adaptée aux populations auxquelles elle s'adresse et à leur cadre de vie. C'est l'objectif des groupements régionaux de santé publique (GRSP) qui rassemblent l'ensemble des acteurs régionaux impliqués dans ces politiques. Seront notamment pris en compte les schémas d'organisation spécifiques, en particulier le schéma d'organisation sanitaire, le schéma d'éducation pour la santé, le schéma de santé mentale, etc. Les premiers GRSP seront opérationnels au cours de l'année 2005.

Le Gouvernement a également fixé cinq grandes priorités : la lutte contre le cancer, la santé environnementale incluant la santé au travail, la violence et les comportements à risques, les maladies rares et, enfin, la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Le Gouvernement s'engage à mener les actions nécessaires afin d'obtenir une meilleure prise en charge des patients à l'issue de leur séjour en urgence psychiatrique, et notamment pédo-psychiatrique. Il conviendra de mieux adapter la prise en charge de ces patients à l'hôpital et dans les structures ouvertes.

La lutte contre le tabagisme comme la politique de sécurité routière constituent d'incontestables succès. Près de 1,8 million de personnes auront arrêté de fumer en 2004, tandis que le nombre de morts sur la route aura baissé cette même année de plus de 10 %.

Le Gouvernement s'engage à mener les actions nécessaires afin d'obtenir une diminution concrète de la consommation de stupéfiants. Il conviendra notamment de proposer une prise en charge thérapeutique adaptée aux consommateurs de stupéfiants.

Le plan national « santé-environnement », présenté par le Gouvernement en juin 2004, se fixe comme objectif de mener d'ici 2008 les actions nécessaires pour prévenir les pathologies d'origine environnementale, notamment les cancers, mieux informer le public et protéger les populations sensibles. Il s'attaque à l'ensemble des facteurs de risques, qu'il s'agisse des substances chimiques ou des événements climatiques extrêmes, et à tous les milieux d'exposition, depuis les expositions professionnelles et l'air extérieur jusqu'à l'habitat individuel.

La rénovation de la politique de santé publique suppose aussi un renforcement du dispositif de sécurité sanitaire. L'organisation de la sécurité sanitaire sera améliorée en définissant plus clairement les responsabilités des différents acteurs. Il en est ainsi de l'Institut de veille sanitaire, dont la mission de veille continue sur l'état de santé de la population est renforcée par la loi relative à la politique de santé publique tout comme son implication dans la vigilance sanitaire et la gestion des alertes.

1.2. La réforme de l'assurance maladie

Face à la triple crise de financement, d'organisation et de légitimité que traversait l'assurance maladie, le Gouvernement a entamé en 2004 la réforme de l'assurance maladie par la loi du 13 août 2004.

Sur la base du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, cette réforme garantit la pérennité de notre système de santé et d'assurance maladie en créant les conditions d'une nouvelle organisation des soins, en refondant la gouvernance des organismes d'assurance maladie et en assurant la viabilité financière de la branche.

La mise en place du dossier médical personnel et l'identification d'un médecin traitant permettront d'organiser des parcours de soins plus cohérents, gage d'une meilleure qualité des soins. Celle-ci sera également favorisée par l'élaboration, par la Haute Autorité de santé, de référentiels de bonne pratique effectivement utilisables par les professionnels de santé. La loi relative à l'assurance maladie prévoit également une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles pour les médecins.

La gouvernance de l'assurance maladie est adaptée pour redonner aux conseils un véritable pouvoir d'orientation et clarifier les responsabilités de gestion. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie mettra en œuvre un nouveau partenariat avec les professionnels de santé et les organismes de couverture complémentaire.

La mise en place d'une véritable maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie passe également par ce renouveau du dialogue conventionnel. Elle implique aussi une mobilisation de l'ensemble du réseau de l'assurance maladie afin de lutter contre les dépenses injustifiées, notamment dans le domaine des arrêts de travail et des prescriptions.

Cette maîtrise médicalisée devra porter ses fruits conjointement avec une politique du médicament qui vise à concilier les exigences d'économies avec la valorisation de l'innovation et de la recherche.

La politique de développement des médicaments génériques sera amplifiée, avec l'accélération de leur mise sur le marché et la mobilisation de l'ensemble des acteurs. Un comité de suivi du médicament générique permettra au Comité économique des produits de santé d'appliquer les tarifs forfaitaires de responsabilité si l'utilisation de ces produits ne se développe pas suffisamment.

La mise en œuvre d'une charte de la visite médicale, l'adaptation des conditionnements au traitement des maladies chroniques ainsi que le suivi de l'utilisation des médicaments onéreux à l'hôpital permettront aussi de modérer les volumes grâce à l'encouragement du bon usage des traitements.

Par ailleurs, l'assurance maladie adaptera la prise en charge des produits de santé en fonction de l'utilité médicale, selon les recommandations de la Haute Autorité de santé.

Enfin, dans le cadre de la politique triennale conventionnelle, le Comité économique des produits de santé continuera d'avoir une gestion active des prix en fonction du cycle de vie des produits et de l'état de la concurrence.

La réforme de l'assurance maladie, à travers les économies ainsi effectuées et l'augmentation des recettes déterminée dans la loi du 13 août 2004, permettra un retour vers l'équilibre financier en 2007. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 traduit dans ses équilibres financiers la première étape de ce redressement.

Afin de lutter contre la désertification, l'isolement et les problèmes de sécurité, le Gouvernement favorise les initiatives pour la création de maisons médicales rurales et en zones urbaines difficiles. Cela permettra aussi de maintenir la permanence des soins.

1.3. Une nouvelle politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées

La nouvelle politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées s'inscrit dans la perspective donnée par le Premier ministre le 6 novembre 2003 de conduire une réforme de solidarité pour les

personnes dépendantes, qui a eu une première traduction avec la création, par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La refondation de la politique du handicap est en cours avec le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Parmi les trois chantiers prioritaires du Président de la République pour le quinquennat figure l'intégration pleine et entière des personnes handicapées dans notre société, de l'école à l'entreprise, à domicile comme en institution spécialisée. La politique en faveur des personnes handicapées, largement interministérielle, a pour objectif de leur permettre d'exercer un choix de vie en leur facilitant l'accès au droit commun tout en leur offrant des dispositifs adaptés.

Ces orientations opèrent une refonte profonde de la politique du handicap autour de trois axes :

- la garantie donnée aux personnes handicapées du libre choix de leur projet de vie en proposant à chaque personne, dans une approche globale et individualisée, les solutions les plus appropriées. Le droit à compensation se concrétise notamment par la création d'une prestation de compensation qui prend en charge tout ou partie des surcoûts liés aux aides humaines, aux aides techniques ou à l'aménagement du logement ;
- la reconnaissance du droit de chacun à vivre dans la dignité et à exercer pleinement sa citoyenneté exige de favoriser dans chaque domaine une intégration de droit commun. Il convient d'assurer la participation effective des personnes handicapées à la vie sociale, qu'il s'agisse de l'école, de l'insertion professionnelle ou de l'accessibilité ;
- et pour permettre une vie autonome, il faut assurer à chaque personne handicapée des moyens d'existence suffisants. Les prestations de soutien au revenu seront réformées en abolissant les barrières d'âge et en encourageant l'intégration sociale par un meilleur cumul avec un revenu d'activité.

Pour accompagner financièrement cette évolution, la CNSA a vocation, au titre de 2005, selon les termes de la loi, à financer des actions en faveur des personnes handicapées. Il s'agit principalement du financement de la prestation de compensation et d'une contribution au financement des créations de places d'établissements et services annoncées en janvier 2004.

Dans ce contexte, les crédits d'assurance maladie consacrés aux personnes handicapées consolideront l'offre de compensation collective en matière d'établissements et de services médico-sociaux, en assurant la poursuite du plan de création de places.

S'agissant du volet consacré aux personnes âgées du plan pluriannuel « Vieillesse et solidarités », les principales actions sont les suivantes :

- la poursuite de la modernisation des établissements d'hébergement destinés aux personnes âgées dépendantes ;
- la création de nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile, qui permettent de répondre de façon plus satisfaisante à l'aspiration croissante des personnes âgées dépendantes de continuer à vivre à domicile ;
- l'ouverture de services d'accueil de jour, d'hébergement temporaire ou de tout autre mode d'accueil alternatif proposé aux personnes âgées, notamment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Ces places visent à élargir la diversité des réponses offertes tant aux personnes âgées qu'à leurs familles : le plan Alzheimer annoncé en septembre 2004 permettra de mieux faire face à l'augmentation des besoins du fait de la prévalence des maladies dégénératives.

1.4. *Le développement de la prévention du cancer du sein*

Le dépistage systématique par une mammographie doit être renforcé sur tout le territoire pour les femmes de plus de cinquante ans, dans le but d'une meilleure prévention, et pour les plus jeunes une information claire et adaptée par le généraliste devra être effectuée lors des visites.

2. **La branche accidents du travail**

2.1. *Les négociations sur l'avenir de la branche*

Conformément aux dispositions de l'article 54 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives au plan national sont invitées à soumettre au Gouvernement et au Parlement, dans le délai d'un an, des propositions sur l'avenir de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, notamment sur sa gouvernance et l'évolution des conditions de prévention et de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la branche accidents du travail et maladies professionnelles engagera notamment la branche dans un programme d'amélioration de la qualité du service rendu et élargira sensiblement sa gamme de services offerts aux différents publics.

2.2. *La modernisation de la tarification*

Le niveau de complexité technique qu'a atteint le dispositif de tarification de l'assurance des accidents du travail au fil de réformes successives en fait un système extrêmement lourd qu'il convient de rénover. Des propositions seront transmises par le Gouvernement aux partenaires sociaux et seront discutées dans le cadre de la négociation sur l'avenir de la branche.

2.3. *L'indemnisation des victimes de l'amiante*

Après la définition en 2003 de son barème d'indemnisation, le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) assume aujourd'hui pleinement ses missions. Le nombre de dossiers déposés au FIVA ne cesse d'augmenter et devrait atteindre 10 000 dossiers sur l'année 2005.

Par ailleurs, suite à la reconnaissance par le Conseil d'Etat de la carence fautive de l'Etat, le Gouvernement engagera dès l'automne, avec l'ensemble des acteurs concernés, partenaires sociaux et associations de victimes, une concertation afin d'envisager les évolutions nécessaires de l'ensemble des procédures judiciaires et extrajudiciaires permettant de garantir un haut niveau d'indemnisation et une meilleure sécurité juridique.

Le recours au dispositif de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs exposés à l'amiante connaît également une croissance très soutenue. L'instauration d'une contribution à la charge des entreprises qui ont exposé à l'amiante une partie de leurs salariés permettra de partager le financement de ce dispositif et, dans certains cas, de lutter contre les usages détournés du dispositif.

3. La branche famille

3.1. *La poursuite du développement de l'accueil des jeunes enfants*

La mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) au 1^{er} janvier 2004 a permis non seulement de simplifier l'aide apportée aux parents de jeunes enfants mais aussi de l'améliorer significativement, tant en ce qui concerne le dispositif de base qu'en matière d'aide à la conciliation de la vie familiale et professionnelle.

L'objectif en 2005 en matière de petite enfance est d'assurer la montée en charge de la PAJE, dont l'allocation de base et la prime de naissance que doivent toucher, en régime de croisière, 200 000 familles de plus qu'en 2003, et de poursuivre le développement de l'offre de garde.

A cet égard, le Gouvernement mettra en œuvre la rénovation du statut des assistants maternels et familiaux prévue au 1^{er} janvier 2005 ; il assurera la montée en puissance du plan de création des 20 000 places de crèches et suscitera l'implication croissante des entreprises dans des financements mixtes de crèches et dans l'aide à la conciliation de la vie familiale et professionnelle de leurs salariés grâce au « crédit d'impôt famille ».

3.2. *L'accompagnement de l'adolescence*

Le Gouvernement mettra en œuvre en 2005 les douze mesures annoncées lors de la conférence de la famille du 29 juin 2004 dans les domaines de l'engagement personnel, de la santé et des loisirs.

Afin de mieux prendre en compte les besoins de santé spécifiques aux adolescents, un entretien de santé personnalisé en classe de cinquième sera instauré afin de repérer au plus tôt les troubles sanitaires et sociaux susceptibles d'altérer le développement. Par ailleurs, de nouvelles maisons de l'adolescent seront créées pour faciliter la mise en réseau des acteurs autour des adolescents et de leur famille en matière sanitaire et pour créer des lieux d'écoute et d'information dédiés aux adolescents.

Des exonérations fiscales faciliteront l'accès à un travail rémunéré au cours des vacances.

Enfin, pour développer l'autonomie de l'adolescent, la convention d'objectifs et de gestion 2004-2007 inclura les orientations nécessaires à la mise en place d'une action sociale facilitant l'accès des adolescents aux sports, aux loisirs et à la culture.

3.3. *L'amélioration du soutien aux familles fragiles et la prise en compte des enjeux démographiques*

La conférence de la famille 2005 sera consacrée au soutien aux familles fragiles et aux enjeux démographiques.

Ce sera l'occasion d'analyser le système actuel des prestations (prestations familiales et logement) mais aussi de redéfinir les objectifs de l'action sociale de la branche famille au regard des problématiques liées tant à la composition des familles qu'à leurs contraintes familiales, économiques et sociales.

Les travaux de la conférence de la famille 2005 seront menés en étroite concertation avec l'ensemble des partenaires et des experts, dans le cadre de groupes de travail lancés au début du mois de novembre.

3.4. *La réforme du dispositif de l'adoption*

La réforme du dispositif de l'adoption sera mise en œuvre. Elle consiste à :

- mieux préparer et aider les candidats à l'adoption ;

- refondre le dispositif de l'adoption internationale avec, en particulier, la création d'une agence française de l'adoption ;
- améliorer la prise en charge, le suivi et la santé des enfants adoptés ;
- favoriser les actions de coopération en matière de protection de l'enfance.

Le Gouvernement proposera une solution pour les femmes fonctionnaires ayant adopté un ou plusieurs enfants avant le 1^{er} octobre 1978 et qui ne bénéficient pas de bonification de durée de services pour le calcul de leur retraite.

4. La branche vieillesse

L'année 2004 a vu la mise en œuvre des orientations fixées par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, avec la publication de plus de soixante mesures réglementaires d'application sur les quatre-vingt-trois prévues par la loi, qui permettront :

- d'assurer un haut niveau de retraite par l'allongement de la durée d'activité et de la durée d'assurance, avec notamment la première étape de convergence des durées de cotisation dans le secteur public et le secteur privé et l'institution au 1^{er} janvier 2004 de la « surcote » et du cumul emploi retraite ;
- de préserver l'équité et l'esprit de justice sociale, avec la retraite anticipée pour les longues carrières et les travailleurs handicapés, la majoration du minimum de pension, la réforme de la réversion et la création du régime additionnel de retraite pour les fonctionnaires ;
- de permettre à chacun de construire librement sa retraite, grâce à l'assouplissement de la décote en cas de carrière incomplète, la relance de la retraite progressive, les rachats de cotisations pour les années d'études ou incomplètes et le lancement du plan d'épargne retraite populaire.

Au cours de l'année 2005, la montée en charge de plusieurs dispositifs – retraite anticipée, allongement de la durée d'assurance – fera l'objet d'une attention particulière. Une première évaluation des effets des dispositifs en faveur de la poursuite de l'activité des salariés âgés pourra être effectuée. Enfin, le groupement d'intérêt public chargé de l'information des assurés sur leurs droits à pension ayant été installé en juillet dernier, les outils permettant l'évaluation du montant prévisible des droits seront mis à la disposition du public.